Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

Registro ISM

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DEL LACTANTE

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (http://sede.seg-social.gob.es), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente.
También puede presentar un ejemplar firmado en una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina.

D./Dª..... con DNI - NIE - pasaporte.....

que desempeña en la empresa el cargo de .....

CERTIFICA que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social						Código de cuenta de cotización
Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad	Provincia					Teléfono

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A PARA LA PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DEL LACTANTE

Apellidos y nombre		DNI - NIE - pasaporte	Número de la Seguridad Social
Fecha de alta en la empresa	Grupo de cotización	¿Cotiza por desempleo? SÍ ☐ NO ☐	Fecha de baja en la empresa (en su caso)

20211116

3. DATOS DEL LACTANTE POR EL QUE SE SOLICITA LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre

4. DATOS DE LA REDUCCIÓN DE LA JORNADA POR CUIDADO DEL LACTANTE

La reducción de jornada de trabajo se inicia desde el día ..... hasta .....

Número de jornadas de trabajo semanales: .....

Número de horas de trabajo semanales: .....

Número de horas de trabajo reducidas semanales: .....

Porcentaje de la reducción de la jornada de trabajo (1) : ..... %

¿Tiene reducción de jornada por guarda legal? (2) SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indique desde qué fecha ....., e informe en el apartado siguiente de la base de cotización por contingencias comunes que le hubiera correspondido en el mes anterior al inicio de la reduccion de jornada de trabajo por cuidado del lactante indicada en el apartado 3, sin aplicación de reducción de jornada por guarda legal.

Año	Mes	Num. de días	Base de cotización de contingencias comunes

Observaciones

C-143 cas V.2

4. BASE DE COTIZACIÓN POR CONTINGENCIAS COMUNES DEL MES ANTERIOR AL INICIO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DEL LACTANTE (en caso de un contrato a tiempo parcial se certificarán los 3 meses inmediatamente anteriores)

Año	Mes	Núm.de días cotizados	Base de cotización de contingencias comunes	Observaciones

20211116

..... , a ..... de ..... de 20.....

Firma y sello,

C-143 cas V.2

(1) El cálculo se efectuará dividiendo el número de horas semanales reducidas entre las horas semanales que deberían realizarse si la jornada no fuera reducida. El resultado se multiplicará por 100.

(2) Siempre que se encuentre dentro de los dos primeros años del periodo de reducción de jornada, según se recoge en el artº 237.3, párrafo 1º, de la Ley General de la Seguridad Social.